

PROGRAMA DE INTERCAMBIO

TERAPÉUTICO

	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA
Elaborado	DRA. CARMEN CARRIÓN CARRIÓN	NOVIEMBRE 2008
Revisado	DR. MANUEL ALÓS ALMIÑANA	NOVIEMBRE 2008
Aprobado	COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA	4-12-2008

Vº Bº

Dr. Guillermo Ferrán Martínez
Presidente de la Comisión de Calidad

1. Introducción.....	3
2. Definición de equivalentes terapéuticos.....	4
3. Programa de intercambio terapéutico.....	6
4. Intercambio terapéutico de Inhibidores de la Enzima de Convertidora Angiotensina (IECA).....	9
5. Intercambio terapéutico de Antagonistas de receptores de Angiotensina II (ARA II).....	10
6. Intercambio terapéutico de Antagonistas de Canales de Calcio (ACA)	11
7. Intercambio terapéutico de Benzodiazepinas (BDZ).....	12
8. Intercambio terapéutico de Estatinas.....	13
9. Intercambio terapéutico de β-Bloqueantes.....	14
10. Intercambio terapéutico de Heparinas de Bajo Peso Molecular (HBPM)	15
11. Intercambio terapéutico de Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP).....	16

1. Introducción.

Según la LEY 6/1998, de 22 de junio, de la Generalitat Valenciana de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana (1998/5423) el Servicio de Farmacia tiene entre sus funciones el participar en el proceso multidisciplinar de selección de los medicamentos precisos para el hospital, bajo criterios de eficacia, seguridad, calidad y economía. Este proceso se concreta en la elaboración de la guía farmacoterapéutica (GFT) del hospital.

La aplicación de una GFT en los hospitales conlleva la necesidad de establecer criterios de actuación ante la prescripción de tratamientos con medicamentos no incluidos en la GFT. Esto ha llevado a que se desarrollen programas de Intercambio Terapéutico, complementarios a la GFT, con el fin de protocolizar la actuación a seguir en estos casos y proponer el uso de la mejor alternativa terapéutica entre los fármacos disponibles en la institución.

El Intercambio Terapéutico (IT) de fármacos es un procedimiento mediante el cuál un medicamento es sustituido por otro de diferente composición, pero del que se espera el mismo o superior efecto terapéutico. Para que se pueda llevar a cabo un Intercambio Terapéutico hay que tener en cuenta aspectos de equivalencia farmacológica, las características del paciente en el que se va a aplicar y aspectos intrínsecos que permitan el cambio.

El IT considera la existencia de medicamentos clínicamente equivalentes e intercambiables entre sí, y define cuál es el más adecuado para la prescripción, según la política de medicamentos del centro. Se pretende así favorecer el uso eficiente de los medicamentos, garantizar su disponibilidad en el lugar y momento oportuno, y facilitar el control y uso racional de los mismos. Mediante los Programas de Intercambio Terapéutico se asegura también el uso de la mejor alternativa terapéutica dentro de los fármacos incluidos en la GFT de la institución.

2. Definición de Equivalentes Terapéuticos.

Se entiende por **Equivalentes Terapéuticos** aquellos fármacos de diferente estructura química, pero de los que se espera un efecto terapéutico y un perfil de efectos adversos similar cuando se administran a un paciente a dosis equivalentes.

La consideración de un medicamento como Equivalente Terapéutico, requiere una valoración detallada y secuencial de distintos aspectos:

a) Pertener al mismo grupo o clase farmacológica.

Es decir, grupos farmacológicos que incluyan principios activos con similar mecanismo de acción (IECAS, estatinas) y/o estructura similar (benzodiazepinas).

b) Indicaciones aprobadas y usos terapéuticos.

Siempre que se consideren dos fármacos como Equivalentes Terapéuticos se entiende que lo son para una indicación concreta en la que ambos están formalmente indicados.

c) Eficacia terapéutica equivalente.

Para ser comercializado, actualmente un medicamento no requiere demostrar su eficacia comparada frente a otras alternativas. Las administraciones sanitarias pueden aprobar los medicamentos en base a estudios de eficacia y seguridad basados, siempre que sea éticamente aceptable en ensayos frente a placebo.

La comisión de Farmacia y Terapéutica (CFyT), siempre que estén disponibles, valorará en primer lugar los estudios clínicos directos entre los fármacos a considerar. Si no existen estudios comparativos directos se pasan a considerar los ensayos disponibles de cada fármaco en los que se consideren resultados definitivos de eficacia (morbilidad, mortalidad o supervivencia) y, en último lugar, y si no se dispone de otros datos, se valorarán los ensayos con variables intermedias de eficacia. En definitiva, la CFyT procederá a un proceso de selección de la alternativa más eficaz.

d) Seguridad equivalente.

La seguridad equivalente entre dos fármacos se debe inferir de los ensayos clínicos controlados, aunque usualmente no constituya un objetivo del ensayo clínico, sino una información complementaria. Además, es importante no asumir una seguridad de “clase farmacológica”, sobre todo para nuevos fármacos como en su momento fueron la troglitazona o trovafloxacino.

e) Otros datos.

Además, para considerar un fármaco como Equivalente Terapéutico hay que valorar aspectos más concretos en su aplicación a un paciente determinado. Así, para realizar el IT, deberá se evaluada la concurrencia de:

- ✚ Situaciones clínicas especiales como la insuficiencia renal y la insuficiencia hepática.
- ✚ Interacciones con otros fármacos.
- ✚ Presencia de alergias.
- ✚ Características farmacocinéticas.
- ✚ Frecuencia de administración.
- ✚ Presentaciones farmacéuticas y dosis equivalentes.

3. Programa de Intercambio Terapéutico.

Se define Intercambio Terapéutico como la sustitución de un fármaco no incluido en la GFT por otro químicamente distinto del prescrito, pero considerado equivalente terapéutico o mejor alternativa terapéutica. Esta sustitución se lleva a cabo en base a un protocolo previamente establecido y aceptado por la CFyT. Los aspectos técnicos a tener en cuenta en el programa de IT se pueden resumir en identificar y elegir la alternativa terapéutica adecuada para cada ocasión y monitorizar el curso clínico del paciente.

Bases del programa de IT:

3.1.- El IT es un programa de la CFyT cuyo objetivo es garantizar la aplicación de la GFT del centro.

El programa de IT debe estar ampliamente consensuado. Médicos y farmacéuticos deben trabajar conjuntamente para conseguir el objetivo de proporcionar una atención óptima al menor coste posible.

3.2.- Debe tener lugar un proceso continuo de revisión de la utilización de fármacos en el hospital.

Los estudios de utilización de medicamentos en el hospital permitirán identificar prescripciones a las que se les puede aplicar la política de IT. Asimismo, a través de estos estudios se puede evaluar el éxito del programa de IT tras su implantación.

La CFyT promoverá el seguimiento y registro de los problemas relacionados con la medicación que puedan ser atribuidos a la aplicación de un IT, y fomentará la realización de estudios clínicos sobre la aplicación del IT.

3.3.- El farmacéutico puede llevar a cabo el IT siempre que el médico prescriptor sea informado por escrito o verbalmente en un tiempo razonable y el farmacéutico tenga acceso a la historia clínica y otras pruebas de laboratorio a tener en cuenta para dicho intercambio. Se deben establecer claramente las excepciones a este procedimiento.

El programa de IT se debe aplicar según unos procedimientos previamente establecidos y disponibles por escrito y deberá describir en detalle las condiciones y procedimientos para el intercambio de medicación:

3.3.1.- El farmacéutico que valora la prescripción será el responsable de proponer una alternativa equivalente según el program de IT a través del informe farmacoterapéutico.

3.3.2.- El médico responsable del paciente aceptará o no el intercambio y, en este último caso, lo comunicará al Servicio de Farmacia también a través del informe farmacoterapéutico.

3.3.3.- La notificación al médico de la propuesta de IT no se demorará más de 24 horas tras recibir la prescripción en el Servicio de Farmacia.

3.3.4.- Se establecerán por escrito aquellas circunstancias en las que el IT no será aplicable:

- Alergias documentadas a especialidades farmacéuticas concretas.
- Constancia de inclusión de un paciente en un estudio clínico.
- En aquellas situaciones en las que la CFyT considere como no intercambiables.

3.3.5.- Se registrarán y evaluarán los IT efectuados.

3.4. La CFyT promoverá la información a los profesionales implicados sobre los fundamentos, política y procedimientos para el IT.

La información al médico prescriptor se considera como uno de los aspectos claves del proceso. Deben desarrollarse e implementarse métodos apropiados para informar a los profesionales sobre el programa de IT, en particular la red INTRANET del hospital, que permite una amplia difusión y facilita su actualización.

3.5. El programa establece un mecanismo que permite a los prescriptores en desacuerdo con un determinado IT impedir dicho intercambio.

El IT no es aplicable a todos los medicamentos y a todos los pacientes. El programa establece un método que permite al médico invalidar el IT. Idealmente el programa permite capturar información sobre las razones de no aceptación del intercambio por parte del médico, por ejemplo mediante el informe farmacoterapéutico con el que el prescriptor notifica al farmacéutico su decisión de invalidar el intercambio. Esta información puede ser de gran valor en la propia revisión de la GFT y de los programas de IT.

3.6. La guía de IT se debe actualizar periódicamente en función de los nuevos datos publicados.

El programa de IT se concibe como un sistema de ayuda a la prescripción, que sirve al médico para seleccionar el medicamento más adecuado incluido en la GFT. Para cada fármaco propuesto se aconseja una actitud terapéutica, haciendo constar la dosis y el intervalo posológico.

Si el médico considera que en un paciente determinado no debe realizarse el IT debe especificarlo en la orden de tratamiento, para que pueda ser tenido en cuenta en Farmacia. En cualquier caso, los medicamentos que el paciente tiene prescritos

durante la estancia hospitalaria deben ser conocidos por todo el personal sanitario, y se deben suministrar por Farmacia, evitando que el paciente utilice sus medicamentos sin conocimiento del personal sanitario.

El sistema de GFT y programas de IT constituyen, al igual que las guías de tratamiento, los protocolos de prescripción, la sustitución de genéricos, los estudios de utilización de fármacos o los medicamentos controlados, herramientas para mejorar la terapéutica del paciente. Su uso inteligente en los planteles de salud, contribuirá a mejorar la gestión de los recursos farmacéuticos, y proporcionará a los pacientes y a la sociedad una terapia más eficiente.

4. Intercambio terapéutico de IECA

Las dosis indicadas en el cuadro se refieren a dosis en pacientes con función renal normal.

La sustitución se hará por **Enalapril**, excepto en los siguientes casos:

- Neuropatía diabética: se sustituirá por **Captopril**.

- Prescripción de **Trandolapril**, a dosis de 0.5mg/d; dosis inicial en post-IAM, a partir del tercer día, pudiendo llegar a 4mg/d. **Enalapril** NO tiene indicación en post-IAM sin embargo **Captopril** si.

FARMACO	HTA			IS. CARDIACA			Post-IAM			N. D.
	D inicial ¹	D mant	D max	D inicial	D mant	D max	D inicial	D mant	D max	
LISINOPRIL	10 mg/d	20 mg/d	80 mg/d	2.5 mg/d	5-20 mg/d		5 mg/d ²	10 mg/d ²		10-20 mg/d
FOSINOPRIL*	10 mg/d	20 mg/d	40 mg/d	10 mg/d	10-40 mg/d	40 mg/d				
QUINAPRIL	10 mg/d	20-40 mg/d ³	80 mg/d	10 mg/d ³	20-40 mg/d ³					
RAMIPRIL*	2.5 mg/d	2.5-5 mg/d	10 mg/d	SOLO POST-IAM			2.5 mg/12h ⁴	2.5-10 mg/d	10 mg/d	1.25-5 mg/d
TRANDOLAPRIL	2 mg/d	4 mg/d					0.5 mg/d ⁵		4 mg/d	
BENAZEPRIL	10 mg/d	10-20 mg/d	40 mg/d	2.5 mg/d	5-20 mg/d	20 mg/d				
PERINDOPRIL	2 mg/d	4-8 mg/d	8 mg/d	2 mg/d	4 mg/d					
CILAZAPRIL	1.25 mg/d	2.5-5 mg/d		0.5 mg/d	1-2.5 mg/d	5 mg/d				
ESPIRAPRIL	3 mg/d	6 mg/d								
CAPTOPRIL*	25 mg/8-12h	50-75 mg/12h	450 mg/d	6.25-12.5 mg/8h	25-50 mg/8h	450 mg/d	6.25 mg/d ⁵	12.5-25 mg/8h	150 mg/d	75-100 mg/d
ENALAPRIL*	5 mg/d	10-20 mg/d ³	40 mg/d	2.5 mg/d	10-20 mg/d					

ND=NEFROPATÍA DIABÉTICA.

*Disponibles en Farmacia.

¹ Pueden requerirse dosis más bajas si el paciente está en tratamiento con DIURETICOS

² D inicial en las 24 primeras horas, D mantenimiento a partir de 48 horas.

³ En 1 o 2 dosis

⁴ Si IC grave: D inicial: 1.25 mg/d, ↑ con precaución

⁵ IAM + DVI, a partir del tercer día.

- Existe evidencia en esa indicación.

Los fármacos subrayados en amarillo están disponibles en el Servicio de Farmacia.

5. Intercambio terapéutico de ARA II.

ARA II	HTA			IS CARDIACA			NEFROPATÍA DIABÉTICA		
	Di	Dm	Di	Di	Dm	Dmax	Di	Dm	Dmax
CANDESARTAN*	4 mg/d	4 mg/d	4 mg/d	4 mg/d		32 mg/d			
EPROSARTAN	300 mg/12h 600 mg/d	300 mg/12h 600 mg/d	300 mg/12h 600 mg/d						
IRBESARTAN	150 mg/d	150 mg/d	150 mg/d				150 mg/d	300 mg/d	
LOSARTAN*	50 mg/d	50 mg/d	50 mg/12h	12,5 mg/d	50 mg/d		50 mg/d		100 mg/d
TELMISARTAN	40 mg/d	40 mg/d	40 mg/d						
VALSARTAN	80 mg/d	80 mg/d	80 mg/d						
OLMESARTAN	20 mg/d	20 mg/d	20 mg/d	40 mg/12h		160mg/12h			

* Disponibles en Farmacia.

EPROSARTAN, IRBESARTAN: No ajuste de Dosis en IS renal/hepática moderada.

CANDESARTAN, LOSARTAN: Ajuste de Dosis en IS renal moderada/hepática.

TELMISARTAN, VALSARTAN: No ajuste de Dosis en IS renal moderada.

Ajuste de Dosis en IS hepática ligera/moderada: ↓
Dmax a la ½.

OLMESARTAN: Ajuste de Dosis en IS renal moderada.
No utilizar en IS hepática.

6. Intercambio terapéutico de ACA.

FÁRMACO	HTA		ÁNGINA DE PECHO	
	Dosis	Dosis max	Dosis	Dosis max
AMLODIPINO	5-10 mg/d		5-10 mg/d	
NIFEDIPINO	20 mg/12 h (retard) 30 mg/d (oros)	60 mg/12 h (retard) 120 mg/d (oros)	10 mg/8 h (lib rápida) 30 mg/d (oros)	20 mg/8 h (rápida y retard)
NISOLDIPINO	10 mg/d 5-10 mg/12h	40 mg/d 20 mg/12h	5-10 mg/12h	40 mg/d 20 mg/12h
FELODIPINO	5-10 mg/ d			
ISRADIPINO	5 mg/d (retard)			
LACIDIPINO	2-4 mg/d			
LERCANIDIPINO	10 mg/d	20 mg/d		
NITRENDIPINO	10-20 mg/d	20 mg/12h		
BARNIDIPINO	10 mg/d	20 mg/d		
MANODIPINO	10 mg/d	20 mg/d		
NICARDIPINO	20-40mg/8h	40mg/8h		

7. Intercambio terapéutico de BZD.

PRINCIPIO ACTIVO	INICIO DE ACCIÓN	T _{1/2} (h)	METABOL. ACTIVOS	DOSIS EQUIVALENTES (mg) con diazepam 5 mg
BZD ACCION LARGA (>12h)				
1. Flurazepam (DORMODOR)	1.Muy rápida	51-100	Si	15
2. Clorazepato (TRANXILIUM)	2.Rápida	40-60	Si	7,5
3. Quazepam	3.Muy rápida	25-41	Si	15
4. Diazepam (VALIUM)	4.Muy rápida	15-60	Si	5
5. Halazepam	5.Lenta	15-35	Si	10
6. Nitrazepam	6.Rápida	25-30	No	5
7. Clordiazepóxido	7.Lenta	7-28	Si	12,5
8. Flunitrazepam (ROHIPNOL)	8.Muy rápida	15-24	No	1
9. Camazepam	9.Rápida	21-22	Si	5
10. Clobazan	10. Intermedia.	20	Si	10
11. Bromazepam (LEXATIN)	11.Muy rápida	8-19	Si	6
12. Pinazepam	12.Muy rápida	15-17	Si	5
13. Ketazolam (SEDOTIME)	13. Lento	15-50	Sí	10
BZD ACCION CORTA (< 12h)				
1. Alprazolam	1.Muy rápida	11-13	No	0,25
2. Lorazepam (ORFIDAL, IDALPREM)	2.Lenta	12	No	0,5
3. Lormetazepam (NOCTAMID, LORAMET)	3.Muy rápida	10	No	1
4. Oxazepam	4.Lenta	7-10	No	10
5. Clotiazepam	5. Muy rápida	5-6	No	5
6. Loprazolam (SOMNOVIT)	6.Rápido	6-12	No/Sí?	1
BDZ ACCION ULTRACORTA (< 6h)				
1. Midazolam (DORMICUM)	1.Muy rápida	1-3	Si	7,5
2. Triazolam	2.Muy rápida	2-4	No	0,5
ANÁLOGOS BZD				
1. Zaleplon	1.Muy rápida	1-3	No	-
2. Zopiclona	2.Muy rápida	5-6	No	-
3. Zolpidem (STILNOX)	3.Muy rápida	2-5	No	-

7. Intercambio terapéutico de ESTATINAS.

<i>Estatina</i>	<i>Presentaciones</i>	<i>Dosis diaria inicial*</i>	<i>Dosis diaria máxima*</i>	<i>Posología habitual*</i>
Atorvastatina	Comp 10, 20, 40 y 80 mg	10 mg	80 mg	10mg/24h
Fluvastatina	Cáps 20, 40 y 80 mg	20 mg	80 mg	40mg/24h
Lovastatina	Comp 20 y 40 mg	10-20 mg	80 mg	20-80mg/24h
Pravastatina	Comp 10, 20 y 40 mg	10-20 mg	40 mg	10-40mg/24h
Simvastatina	Comp 10, 20 y 40 mg	5-20 mg	80 mg	5-20mg/24h

ESTATINAS COMERCIALIZADAS EN ESPAÑA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS DIARIA (mg)	POTENCIA RELATIVA ¹
Fluvastatina	60	1
Pravastatina	30	2
Lovastatina	20	3
Simvastatina	10	6
Atorvastatina	5	12

¹ Potencia referida a potencia de fluvastatina 60 mg =1

POTENCIA RELATIVA DE LAS ESTATINAS BASADAS EN LA DOSIS DIARIA REQUERIDA PARA CONSEGUIR UNA REDUCCIÓN MEDIA DEL 30% EN NIVELES DE LDLc

9. Intercambio terapéutico de β -BLOQUEANTES.

	HTA	Profilaxis muerte post-IAM	ICC	Angina pecho	Arritmias
	Di D Dmax	Di D	Di D D max	Di D Dmax	Di D Dmax
Atenolol	25-50/d 100/d 100/d	50 10/d (2 D)		50/d 50/12 200/d 100/d	50-100/d
Bisoprolol	2,5-5/d 5-10/d 20/d		1,25/d 10/d	5/d 10/d 20/d	
Celiprolol	200/d 400/d 600/d*			200/d 200-400 600/d	
Metoprolol	50/d 100-200/d 400/d	100/d 200/d R (2-3d)	12,5/d 200/d R	100/d 50-100/12h 400/d (2-3d) 200/d R	50/8-12h 300/d 100-200/d R (2-3 D)
Nebivolol	2,5/d 5/d				
Carteolol	2,5/d 10/d 20/d			2,5/d 10/d 20/d	2,5/d 10/d 20/d
Carvedilol	12,5/d 25/d 25/12h (2d) 50/d		3,125/12h 25/12h 25-50/12h <85Kg >85	12,5/12h 25/12h 50/12h (2d)	
Labetalol	100/12h 200-400/12h 2400 (en 3-4 D)				
Nadolol	40/d 80-320/d 640/d			40/d 80-240/d 240/d	80-160 /d
Oxprenolol	80-160/d 480 /d 40-80/12h			80-160/d 320 /d (en 2-3 D)	20-80/d (en 2-3 D)
Propranolol	80/12h 160-320/d 640/d	40/6h 80/12h (2-3d)		40/8-12h 120-240/d 480/d	10-40/6-8h 240/d
Sotalol				80/d 340-480/d 640/d	80/d 80-160/12h 640/d

10. Intercambio terapéutico de HBPM.

Fármaco	Profilaxis de la ETE en cirugía	Profilaxis no quirúrgica de ETE	C. extracorpórea	Tratamiento
Bemiparina	2500 UI/24h (riesgo moderado) 3500 UI/24h (riesgo alto)	2500 UI/24h (riesgo moderado) 3500 UI/24h (riesgo alto)	2500 UI (<60kg) o 3500 UI (>60kg)	TVP: 115 UI /kg/día 5000 UI/24h (<50kg) o 7500 UI/24h (50-70kg) o 10000 UI/24h (>70kg)
Dalteparina	2500 UI/24h (riesgo moderado) 2500UI/12h-5000 UI/24h (riesgo alto)	2500 UI/24h (riesgo moderado) 5000 UI/24h (riesgo alto)	5000 UI o 10-15 UI/kg al comenzar la sesión	TVP: 200 UI/kg/24h o 100 UI/kg/12h (Dmax:18000UI) Angina:120UI/Kg/12h (Dmax:10000UI/12h)
Enoxaparina	20 mg/24h (riesgo moderado) 40 mg/24h (riesgo alto)	20 mg/24h (riesgo moderado) 40 mg/24h (riesgo alto)	0,6-1 mg/kg (60-100 UI/Kg) al comenzar la sesión	TVP: 1 mg/kg/12h (100 UI/Kg/12h) o 1,5 mg/kg/24h (150 UI/Kg/24h) Angina: 1 mg/kg/12h
Nadroparina	C.general: 2850 UI/24h C. Ortopédica: 2850 (3prim d)-3800 UI/24h (<70kg) 3800 (3prim d)-5700 UI/24h (>70kg)	2850 UI/24h (riesgo moderado) 3800 UI/24h (riesgo alto 51-70 Kg) 5700 UI/24h (riesgo alto >70 Kg)	<50Kg: 2850 UI 50-69Kg:3800UI ≥70Kg:5700 UI al comenzar la sesión	TVP:85,5 UI/kg/12h 171 UI/Kg/24h (F. Forte)o <50Kg:3800 UI/12h 50-59Kg:4750 UI/12h 60-69Kg:5700 UI/12h 70-79Kg:6650 UI/12h ≥80Kg:7600 UI/12h o Angina: 0,1ml/10Kg/12h
Tinzaparina	3500 UI/24h (riesgo moderado) o 4500 UI/24h (riesgo alto 60-90 Kg) 50 UI/Kg/24h (riesgo alto <60 >90 Kg)	3500 UI/24h (riesgo moderado) 4500 UI/24h (riesgo alto)	4500 UI Al comenzar la sesión (↑ en intervalos de 500 UI si el efecto es insuf)	TVP: 175 UI/kg/24h Angina: NO

ETE= Enfermedad tromboembólica venosa

11. Intercambio terapéutico de IBP.

Indicaciones ¹	omeprazol	lansoprazol	pantoprazol	rabeprazol	esomeprazol
Profilaxis úlcera duodenal, gástrica benigna y/o erosiones gastroduodenales inducidas por AINES, en pacientes con tratamiento continuado con AINES (tratamiento mientras AINE)	20 mg/24h	30 mg/24h	20 mg/24h		20 mg/24h
Tratamiento úlcera gástrica inducida por AINES	20 mg/24 h 4-8 sem	30 mg/24 h 8 sem			
Tratamiento úlcera duodenal y úlcera gástrica benigna	20 mg/24 h UD:2-4 sem UG:4-8 sem Refract: 40 mg/24 h	30 mg/24 h UD:4 sem UG:4-8 sem	40 mg/24 h UD:2-4 sem UG:4-8 sem Refract: 80 mg/24h	20 mg/24 h UD:4-8 sem UG:6-12 sem	
* Erradicación de <i>Helicobacter pylori</i> en pacientes con úlcera péptica (duración del tratamiento 1 semana)	20-40 mg/12-24h	30 mg/12h	40 mg/12h	20 mg/12h	20 mg/12h
Tratamiento ERGE (duración 4-8 semanas)	20-40 mg/24 h	30 mg/24 h	40-80 mg/24 h	20 mg/24 h	40 mg/24 h
Tratamiento mantenimiento ERGE	10-20 mg/24h	15 mg/24h	20 mg/24h	10-20 mg/24h	20 mg/24h
Tratamiento sintomático ERGE (duración 4 semanas)	20 mg/24h		20 mg/24h	10 mg/24h	20 mg/24h
Tratamiento Zollinger-Ellison	60 mg/24h	60 mg/24h	80 mg/24h	60 mg/24h	

UD= Úlcera duodenal; UG= Úlcera Gástrica; ERGE= Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

¹ Indicaciones aprobadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo:

Fichas Técnicas de Pepticum (Omeprazol), Opiren (Lansoprazol), Anagstra (Pantoprazol), Pariet (Rabeprazol), Nexium Mups (Esomeprazol).

■ No tiene aprobada la indicación.

Esta Tabla ha sido elaborada por la Comisión de Coordinación Farmacéutica e Intercambio Terapéutico del Departamento de Salud 2.